



Zweckverband Ostholstein
Kundenservice
Wagrienring 3-13
23730 Sierksdorf
Fax: 04561 399289

Das Formular dient als (bitte kreuzen Sie an):

**Einzugsermächtigung/
SEPA-Lastschriftmandat**

**Mitteilung lediglich zur
Auszahlung von Guthaben**

Verbrauchsstellen-Nr.:	<input type="text"/>	Einsatzstellen-Nr.:	<input type="text"/>
Adresse der VSt./ESt.:	<input type="text"/>		
Vorname/ Name	<input type="text"/>		
Kundennummer:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Zweckverband Ostholstein, Wagrienring 3-13, 23730 Sierksdorf (Gläubiger-Identifikationsnummer : DE30ZZZ00000076932), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zweckverband Ostholstein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Einer Verkürzung der Frist zur Vorabankündigung auf 3 Tage stimme ich zu.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut (Name / BIC)

IBAN

abweichender Kontoinhaber (alternativ fahren Sie bitte bei Datum, Ort und Unterschrift fort):

Vorname und Name (abw. Kontoinhaber)

Straße und Hausnr. (abw. Kontoinhaber)

Postleitzahl und Ort (abw. Kontoinhaber)

Datum und Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte denken Sie an die Unterschrift – Pflichtfelder sind fettgedruckt!!!